

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 juin 2026

Composition : M. NEU, président
M. Oppikofer et Mme Peris, assesseurs
Greffier : M. Addor

* * * * *

Cause pendante entre :

C._____, à U***, recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée.

Art. 6, 7 et 8 al. 1 LPGA ; 18 al. 1 et 24 al. 1 LAA

En fait :

A. C._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en ***, séjournant en Suisse depuis 1994, sans formation professionnelle, a travaillé en qualité de manœuvre (aide-coffreur) pour l'entreprise D._____ SA à T*** à compter de 2001. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 4 décembre 2003, il a été victime d'un accident de travail, se blessant à la main et au poignet droits lors d'une chute.

Un rapport médical du 26 décembre 2003 du Centre Médical V._____ à W*** adressé à la CNA a fait état d'une fracture du scaphoïde droit, entraînant une incapacité de travail à 100 % dès le 5 décembre 2003. Selon un Ct-scan du poignet droit effectué le 27 avril 2004 par le Dr F._____, radiologue au sein de l'Institut d'imagerie J._____ SA à Q***, une pseudarthrose au niveau de la fracture du scaphoïde avec probable nécrose du fragment proximal a été mise en évidence. En date du 12 août 2004, l'assuré a subi une intervention chirurgicale pratiquée par la Dre K._____, chirurgienne à la Permanence I._____ à Q***, sous la forme d'une cure de pseudarthrose avec greffe prélevée au niveau de la crête iliaque droite et fixation par un double embrochage. L'ablation des broches a été pratiquée le 3 février 2005.

Dans un rapport d'examen médical final du 27 septembre 2005, le Dr L._____, médecin d'agence de la CNA, a constaté qu'une année et un mois après l'intervention chirurgicale, la fracture était consolidée mais qu'il subsistait une importante limitation fonctionnelle du poignet avec diminution de la force de préhension de la main. Il a précisé que l'évolution de cette force de préhension dépendait uniquement de la volonté de l'assuré. Il a estimé l'atteinte à l'intégrité due aux séquelles accidentelles à 10 % en raison d'une « limitation fonctionnelle du poignet, d'une diminution

de la force de préhension de la main et d'une évolution fort probable vers une arthrose radio-carpienne ».

Du 29 novembre au 23 décembre 2005, l'assuré a séjourné à la Clinique M._____ en vue d'une évaluation multidisciplinaire et d'une réadaptation de la main droite. A cette occasion, le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe, initialement suspecté en raison d'importantes douleurs, n'a pas été confirmé ; le consilium psychiatrique faisait état d'un comportement auto-limitatif chez un patient fruste sans d'authentiques troubles psychologiques, si bien que l'indication à une médication psychotrope a été écartée ; l'assuré a été jugé apte à travailler à plein temps dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites (pas de tâches de force et de serrage avec le poignet ni de ports de charges lourdes ; rapport du 18 janvier 2006).

Un examen effectué le 16 février 2006 a conduit le Dr L._____ à conclure que « l'activité sur les chantiers n'est pas recommandée. Dans un autre travail de type industriel, sans port de charge à l'aide des deux mains, est exigible un horaire de travail normal avec un rendement de 100 % ».

Par décision du 12 décembre 2008, la CNA, estimant que l'état de santé de son assuré était stabilisé, a mis fin au versement de l'indemnité journalière au 31 janvier 2009. A compter du 1^{er} février 2009, il était reconnu apte à reprendre un travail au maximum de ses capacités (travail de type industriel, sans port de charges à l'aide des deux mains, horaire de travail normal avec un rendement de 100 %).

Par décision du 3 février 2009, confirmée sur opposition le 5 mai 2010, la CNA a reconnu le droit de l'assuré à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 %. Elle a en revanche refusé l'octroi d'une rente d'invalidité, au motif que les séquelles accidentelles ne réduisaient pas la capacité de gain de manière importante, de même qu'elle a nié sa responsabilité pour les troubles psychiques allégués, faute d'un lien de causalité adéquate avec l'accident du 4 décembre 2003.

B. Dans l'intervalle, C._____ a, le 12 mai 2005, déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI).

Dans un rapport du 20 avril 2006, le Service médical régional de l'assurance-invalidité a retenu une incapacité totale de travail dans la profession habituelle depuis le 4 décembre 2003, mais une capacité de travail entière à compter du 1^{er} novembre 2005 dans une activité adaptée, à savoir un travail sans préhension ni port de charges de la main droite, sans port de lourdes charges à gauche et n'impliquant pas une mobilité entière du poignet droit.

Par décision du 27 février 2009, rendue à la suite d'un projet du 2 juin 2008, l'office AI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} décembre 2004 au 31 janvier 2006.

Dans le cadre de la procédure ouverte devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud à la suite du recours formé par C._____ contre la décision du 27 février 2009, le juge instructeur a confié au Centre d'Expertise P._____ de X*** la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, neurologique et psychiatrique). Dans leur rapport du 10 juin 2011, les experts ont conclu à une incapacité totale de travail dans l'activité de coffreur depuis le 4 décembre 2003, tandis qu'ils ont retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée depuis le mois de janvier 2006.

Par arrêt du 13 avril 2012 (cause AI 192/09 - 131/2012), la Cour de céans a admis très partiellement le recours, en ce sens que le droit de l'assuré à une rente entière d'invalidité a été prolongé jusqu'au 31 mars 2006.

Saisi d'un recours de l'assuré, le Tribunal fédéral l'a rejeté par arrêt du 30 août 2012 (cause 9C_418/2012).

C. Dans le cadre de l'instruction d'une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité déposée le 30 novembre 2018, l'office AI a diligenté une expertise pluridisciplinaire (médecine interne générale, chirurgie orthopédique, rhumatologie et psychiatrie) auprès de BC. _____ SA (rapport du 30 juillet 2019, complété le 26 septembre suivant), dont il a suivi les conclusions pour reconnaître le droit de l'assuré à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} mai 2019 (décisions des 25 septembre et 1^{er} octobre 2020, faisant suite à un projet de décision du 2 juillet 2020), sur la base d'une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 70 % dans une activité adaptée.

Par courrier du 17 juillet 2020, l'assuré, représenté par Me Olivier Carré, avocat, a demandé à la CNA d'examiner « à nouveau la possibilité d'octroyer une rente d'invalidité LAA » à la lumière des éléments médicaux ayant fondé l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité. A l'appui de sa démarche, il a transmis un lot de pièces tirées du dossier constitué par l'office AI.

Le 27 août 2020, la CNA a informé l'assuré qu'elle n'était pas en mesure de donner suite à sa demande, au motif que de nombreux problèmes médicaux étaient étrangers à l'accident du 4 décembre 2003. A cet égard, elle a observé que, sur le plan orthopédique, la problématique des deux épaules, du genou gauche et des lombalgies avait une incidence sur la capacité fonctionnelle de même que des problèmes respiratoires importants. A cela s'ajoutait l'impossibilité pour l'intéressé d'entreprendre une formation en raison de sa personnalité.

Sollicité pour appréciation, le Dr BD. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a nié l'existence d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré entre les examens effectués au Centre d'Expertise P. _____ en 2010 et l'expertise de BC. _____ SA en 2019 (rapport du 7 octobre 2020).

Par décision du 27 octobre 2020, la CNA a estimé qu'il n'existait pas d'aggravation notable depuis le dernier examen médical effectué le 5 février 2010 par le Dr A._____, médecin d'arrondissement.

Le 24 novembre 2020, l'assuré s'est opposé à cette décision en annonçant la production d'un rapport d'expertise privée.

Le 31 janvier 2023, l'assuré a transmis un rapport établi le 23 janvier 2023 par le Dr BF._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Selon ce médecin, l'atteinte à l'intégrité s'élevait à 40 % en raison d'une arthrose grave radio-carpienne (20 %), d'une arthrose grave intra-carpienne droite chez un droitier prédominant (15 %) et d'une instabilité modérée du poignet (5 %).

Aux termes d'une appréciation médicale du 13 octobre 2023 faisant suite à une IRM de la main et du poignet droits ainsi qu'à des radiographies face et profil effectuées le 14 août précédent, le Dr BD._____ a conclu à un taux d'atteinte à l'intégrité de 20 % après avoir rappelé que le problème résultant directement du traumatisme subi le 4 décembre 2003 consistait en une fracture du scaphoïde droit ayant évolué vers une pseudarthrose.

Par décision sur opposition du 6 février 2024, la CNA a partiellement admis l'opposition formée par C._____, en ce sens qu'elle lui a reconnu le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 %, si bien qu'elle lui a octroyé une indemnité complémentaire de 10 %. Elle a souligné à ce propos que le taux de 20 % apparaissait, au vu des constatations radiologiques, comme plus proche de la réalité que le taux de 40 % - correspondant à un status après amputation complète de la main - retenu par le Dr BF._____ ; en effet, la situation clinique de l'assuré était nettement plus favorable qu'un status après amputation complète de la main. La CNA a rejeté l'opposition pour le surplus. En particulier, elle a retenu que l'intéressé souffrait de nombreuses comorbidités étrangères à l'accident du 4 décembre 2003 : problèmes de nuque, lombalgies, troubles aux épaules et aux genoux. Elle a par ailleurs relevé que l'impotence

alléguée au niveau du poignet droit procédait d'une composante psychique dans la mesure où des troubles d'origine fonctionnelle avaient été identifiés. Partant, l'état du poignet droit n'ayant pas subi d'aggravation notable, le refus d'octroyer une rente d'invalidité devait être confirmé.

D. **a)** Par acte du 8 mars 2024, C. _____ a, sous la plume de son conseil, saisi la Cour de céans d'un recours contre la décision sur opposition du 6 février 2024 en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'octroi, d'une part, d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 40 % et, d'autre part, d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents obligatoire de 20 % avec effet au 1^{er} mai 2018. Se référant à l'expertise du 23 janvier 2023 du Dr BF. _____, il a fait observer que ce dernier avait très méticuleusement décrit les lésions post-traumatiques en relation avec l'événement accidentel du 4 décembre 2003. Il s'agissait d'un phénomène dégénératif sous forme d'arthroses mises en évidence en 2020 ; l'une concernait l'articulation scapho-trapézo-trapézoïdienne de stade Crosby III et l'autre se rapportait à l'articulation trapézo-métacarpienne de stade Allieu II. Il y avait également une arthrose radio-carpienne. Associées à une instabilité articulaire, ces atteintes avaient conduit le Dr BF. _____ à estimer le taux de l'atteinte à l'intégrité à 40 %. S'agissant de la question de l'invalidité économique, l'assuré a relevé que l'expertise de BC. _____ SA avait conclu à un préjudice total dans la profession habituelle, mais à une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée. Quand bien même une invalidité de 30 % serait retenue, force était d'admettre qu'elle était, au moins en partie, imputable à des atteintes étrangères à l'accident du 4 décembre 2003. Dès lors, il paraissait justifié d'admettre de s'en tenir à un taux de 20 %, ce d'autant que l'assuré, droitier, n'avait plus aucun usage concret possible de sa main droite. A défaut, il convenait de mettre en oeuvre « une expertise pour l'évaluation de la capacité résiduelle théorique des séquelles du poignet, prise isolément ».

b) Par pli du 3 mai 2024, la CNA a indiqué que, faute d'élément nouveau, elle renonçait à déposer formellement une réponse, si bien qu'elle renvoyait à la décision sur opposition entreprise et concluait au rejet du recours.

c) Le 17 juillet 2024, le magistrat instructeur a confié la réalisation d'une expertise au Dr BG._____, spécialiste en chirurgie de la main, auquel était laissée la liberté de s'adjoindre les services d'un ou de spécialistes de son choix.

d) Dans son rapport du 5 février 2025, le Dr BG._____ a posé les diagnostics d'épargne du membre supérieur droit sur douleurs chroniques sans substrat somatique clair, d'arthrose radio-scaphoïdienne et scapho-capitale symptomatique droite au décours d'une cure chirurgicale de pseudarthrose du scaphoïde le 12 août 2004 (ablation du matériel d'ostéosynthèse le 3 février 2005 ; accident du 4 décembre 2003), d'arthrose trapézo-métacarpienne et scapho-trapézo-trapézoïdienne droite, de rhizarthrose gauche, de possible conflit entre la styloïde ulnaire et le triquetrum à droite, de possible syndrome du tunnel carpien droit et de possible neuropathie irritative ulnaire au coude gauche. Au terme de son analyse, l'expert a estimé que, si une pathologie dégénérative arthrosique peu marquée du poignet droit, en partie liée à l'événement du 4 décembre 2003, pouvait être mise en évidence, elle ne permettait pas d'expliquer les limitations fonctionnelles rapportées. Les autres pathologies ostéoarticulaires connues et diagnostiquées n'apportaient pas non plus d'explications convaincantes aux plaintes. En l'absence d'explication somatique aux plaintes, l'avis du Dr BJ._____ du 14 décembre 2009 (« Les douleurs constitueraient une mémoire corporelle du traumatisme psychique ») pourrait constituer une justification aux doléances et limitations fonctionnelles de l'assuré. Le Dr BG._____ s'est néanmoins déclaré incompétent pour se prononcer sur ce plan, lequel ne relevait pas de son domaine de compétences. S'agissant de l'exigibilité, ce médecin a, dans une activité adaptée, exclu toute invalidité médico-théorique liée à l'accident du 4 décembre 2003, tandis qu'il a admis une incapacité totale de travail dans l'activité de manœuvre. Quant à l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité, il a déclaré se rallier à l'appréciation du Dr BD._____, selon laquelle elle s'élevait à 20 %, tout en exposant pour quels motifs l'avis du Dr BF._____ ne pouvait pas être pris en considération.

e) Dans ses déterminations du 3 mars 2025, la CNA a relevé que le Dr BG._____ n'avait pas retenu de divergences par rapport aux appréciations émises par ses propres médecins quant aux diagnostics et à leurs conséquences. De plus, il résultait d'une appréciation du 19 février 2025 produite en annexe que le Dr BK._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil, a jugé que l'expertise de son confrère avait été bien réalisée et qu'elle répondait de manière convaincante aux questionnements. Au demeurant, cette expertise satisfaisait pleinement aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante, si bien qu'il n'y avait pas lieu de s'en écarter. Partant, la CNA a conclu au rejet du recours.

f) Par courrier du 14 novembre 2025, l'assuré a tout d'abord émis diverses critiques d'ordre général à propos de l'expertise du Dr BG._____, tenant à ses compétences professionnelles, à la manière dont il s'est employé à évaluer la capacité de travail, ainsi qu'à la durée de son examen clinique. Sur le fond, il s'est prévalu d'un rapport établi le 10 octobre 2025 par le Dr BF._____, dans lequel ce médecin a exposé les raisons de nature médicale fondant son désaccord avec l'analyse du Dr BG._____. L'assuré a finalement livré quelques remarques finales, aux termes desquelles il a, d'une part, maintenu qu'il convenait de suivre l'avis du Dr BF._____ et retenir que l'atteinte à l'intégrité s'élevait à 40 % et, d'autre part, relevé qu'il était difficile de se prononcer sur la capacité de travail et de gain résiduelle au regard des seules suites directes de l'accident, dans la mesure où aucune instruction spécifique n'avait porté sur ce point.

g) S'exprimant par pli du 12 décembre 2025, la CNA a pris position sur les griefs émis par l'assuré à propos de l'expertise du Dr BG._____, tout en renvoyant pour le surplus à ses précédentes écritures et à la décision sur opposition du 6 février 2024. Elle a derechef conclu au rejet du recours.

En droit :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige a pour objet le point de savoir si le recourant peut prétendre à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité plus importante que celle allouée par l'intimée.

b) Les modifications de la LAA introduites par la loi du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. En vertu du ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date sont en effet régies par l'ancien droit.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Parmi ces prestations figurent notamment le droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident

(art. 10 al. 1 LAA), le versement d'une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA) et une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 al. 1 LAA).

aa) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1).

bb) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références).

b) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGa) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente

d'invalidité. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de la personne assurée – ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2) – et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). Il appartient alors à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières, en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. L'utilisation du terme « sensible » par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures – comme une cure thermale – ne donnent droit à sa mise en œuvre (TF 8C_142/2017 du 7 septembre 2017 consid. 4 et la référence citée). Il ne suffit pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée (TF 8C_736/2017 du 20 août 2018 consid. 4.1 et la référence citée). Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective (TF 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 2.3).

4. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGa), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été

établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

b) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références ; TF 8C_509/2024 du 28 janvier 2025 consid. 3.2 ; TF 8C_231/2024 du 3 décembre 2024 consid. 2.2).

5. a) En l'espèce, le recourant a été victime d'un choc sur le poignet droit en date du 4 décembre 2003 ayant entraîné une fracture du scaphoïde droit avec une évolution vers une pseudarthrose. Il n'est pas contesté que l'état du recourant est stabilisé, la décision de la CNA du 12 décembre 2008 mettant fin au versement des indemnités journalières étant entrée en force. Au vu des différentes pièces versées au dossier, il n'était cependant pas possible de se prononcer sur la capacité de travail du recourant. Aussi le magistrat instructeur a-t-il confié la réalisation d'une expertise au Dr BG._____, lequel a rendu son rapport le 5 février 2025.

b) aa) Il n'y pas de raison de s'écarter des conclusions convaincantes de l'expertise judiciaire réalisée par le Dr BG._____. Sur le plan formel, le rapport d'expertise du 5 février 2025 remplit en effet toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Fruit d'un examen approfondi du cas, il repose sur des investigations particulièrement fouillées. S'ouvrant par un résumé du dossier, il décrit le contexte médical et asséculo-logique déterminant, résume les plaintes du recourant, relate l'examen clinique et rend compte de la littérature médicale topique à propos de la pathologie mise en évidence chez le recourant. Ce rapport procède d'une appréciation claire de la situation par un spécialiste confirmé, répond aux questions de chacune des parties, ainsi qu'aux avis médicaux divergents et débouche sur des conclusions soigneusement motivées et exemptes de contradictions.

bb) Sous l'intitulé « avis-appréciation », le Dr BG._____ s'est exprimé en ces termes :

« Cette expertise ne tient compte que de la problématique du poignet droit et des suites des deux chirurgies y relatives. L'assuré souffre de pathologies somatiques concomitantes (syndrome des apnées du sommeil, cervicalgies chroniques C4-C7, lombalgies chroniques sur discopathie L3-L4 et L4-L5, syndrome rotulien douloureux gauche, douleurs chroniques des deux épaules avec conflit sous-acromial gauche) sur lesquelles je ne me prononce pas n'étant ni rhumatologue ni chirurgien orthopédiste.

L'assuré rapporte que son membre supérieur droit est devenu non fonctionnel et douloureux dans les suites de la chirurgie visant à guérir la pseudarthrose du scaphoïde. L'examen des pièces du dossier ainsi que l'entretien et l'examen de M. C._____ mettent en évidence une discordance majeure entre les plaintes et les limitations rapportées par l'expertisé et les éléments objectifs de l'examen clinique et des images radiologiques.

Une fracture du scaphoïde n'évoluant pas spontanément vers la consolidation et nécessitant une chirurgie pour guérir, comme cela a été le cas ici, ne provoque généralement pas de limitations fonctionnelles conséquentes durables. Ceci est vrai pour autant que la consolidation du scaphoïde survienne, sans complication chirurgicale. Ces deux conditions sont remplies chez l'expertisé. Un facteur de mauvais pronostic est le développement d'une arthrose du poignet qui a tendance à apparaître lorsque la fracture ne consolide pas (Vender). L'assuré présente une arthrose du poignet entre le radius et le scaphoïde et le scaphoïde et le capitatum à considérer comme liée à l'événement du 01.12.2003 [recte : 04.12.2003]. Cette arthrose est peu marquée et à peine évolutive sur plus de vingt ans,

elle ne peut pas expliquer une limitation fonctionnelle majeure du membre entier. Les examens radiologiques constatent également une arthrose trapézo-métacarpienne et scapho-trapézo-trapézoïdienne droites, non liées à l'événement du 04.12.2003. Il s'agit d'un phénomène dégénératif commun qui n'est pas connu pour être lié à une fracture du scaphoïde. Les radiographies de la main gauche du 14.08.2023 objectivent d'ailleurs une rhizarthrose de sévérité similaire à celle du côté droit, c'est-à-dire peu marquée.

Lorsqu'un membre n'est pas utilisé, une atrophie musculaire se développe (Howard ; Nunes), ce qui n'est pas le cas ici. La mesure aux diamètres brachiaux, antébrachiaux et de la main est symétrique, ce qui semble incompatible avec une épargne telle que rapportée. Les articulations ont également tendance à se rigidifier et les plis cutanés à disparaître par manque de mobilisation. La mobilité passive des doigts et du poignet est presque complète à droite chez M. C._____. Les plis cutanés sont bien présents. Cela évoque que le fait que les doigts sont mobilisés au moins de façon occasionnelle, possiblement plus fréquemment, de façon active et/ou passive.

La limitation très importante de la mobilité active du poignet et de la main droits n'est pas explicable sur le plan somatique. Une participation suboptimale de l'expertisé à l'évaluation clinique, volontaire ou involontaire, reste possible. Chez un homme de 54 ans, la force moyenne de serrage de la main non dominante est d'environ 50 kilogrammes (Werle). Chez l'expertisé, la meilleure mesure obtenue de la main gauche ne relève que 31 kilogrammes (62 % de la force attendue). Ceci est difficile à comprendre chez une personne de constitution solide, d'autant qu'il s'agit de la seule main dont l'expertisé dit se servir. Je ne peux pas exclure que le conflit sous-acromial gauche diagnostiqué par le Dr BP._____ puisse limiter la force de serrage, néanmoins on ne s'attend pas à un retentissement aussi considérable que dans le cas présent.

Les troubles sensitifs ne correspondent pas à un ou plusieurs territoires nerveux classiques, ils ne peuvent pas être expliqués sur le plan somatique. Certains éléments de l'examen clinique peuvent évoquer la présence d'une compression du nerf médian au poignet droit, c'est-à-dire un syndrome du tunnel carpien. Un ENMG a été réalisé le 23.10.2009 et a montré des valeurs physiologiques. Il est possible que la situation se soit modifiée depuis puisque plus de quinze ans ont passé. Néanmoins, l'apparition d'un syndrome du tunnel carpien n'explique absolument pas les plaintes et les limitations qui dépassent largement le cadre de cette pathologie. L'examen clinique relève des éléments compatibles avec une possible neuropathie ulnaire irritative au coude gauche qui est vraisemblablement une découverte fortuite. Je n'ai pas demandé d'examen complémentaire de type électroneuro-myographie pour confirmer ou infirmer de possibles compressions nerveuses. Leur présence éventuelle n'expliquerait pas les plaintes et l'épargne du membre supérieur droit, leur prise en charge ne modifierait pas la capacité de travail retenue (complète dans une activité adaptée ; voir réponse à la question 10, p. 29).

Le possible conflit entre la styloïde ulnaire et le triquetrum à droite mentionné dans les diagnostics ne nécessite pas d'investigations complémentaires. De façon analogue à ce qui est dit au paragraphe

précédent, le conflit éventuel n'expliquerait pas les plaintes et l'épargne du membre.

Il ne fait pas de doute que la chirurgie du scaphoïde droit a pu entraîner l'apparition de certaines douleurs mécaniques qui peuvent devenir chroniques. Ces dernières seraient alors limitées à la région du poignet et pourraient entraîner une raideur et un manque de force de degré léger voire modéré.

La survenue d'un syndrome douloureux régional complexe (SDRC, anciennement maladie de Südeck ou algodystrophie) est évoquée par plusieurs médecins mais retenue que par une minorité d'entre eux. Cette pathologie peut provoquer des douleurs chroniques et une raideur invalidante. L'évolution de ce syndrome est favorable dans la grande majorité des cas lorsqu'un traitement adéquat est prescrit (van de Berg). Plus rarement, des douleurs chroniques pouvant être associées à une raideur et une perte de force persistent (Bean). Comme je le relève en réponse à la question 4.1 à la page 25, j'estime que ce diagnostic est au mieux possible, par conséquent je ne retiens pas de lien entre cette pathologie et les plaintes et limitations actuelles.

En somme, bien qu'une pathologie dégénérative arthrosique peu marquée du poignet droit, en partie liée à l'événement du 04.12.2003, puisse être mise en évidence, elle ne permet pas d'expliquer les limitations fonctionnelles rapportées. Les autres pathologies ostéoarticulaires connues et citées en début de chapitre (page 22) n'apportent pas non plus d'explication convaincante aux plaintes. En l'absence d'explication somatique aux plaintes, l'avis du Dr BJ._____ du 14.12.2009 (« Les douleurs constitueraient une mémoire corporelle du traumatisme psychique ») pourrait constituer une justification aux doléances et limitations fonctionnelles de l'expertisé. Je ne suis néanmoins pas qualifié pour me prononcer sur ce plan qui ne relève pas de ma spécialité ».

cc) Sur la base de son examen clinique, le Dr BG._____ a retenu les diagnostics d'épargne du membre supérieur droit sur douleurs chroniques sans substrat somatique clair, d'arthrose radio-scaphoïdienne et scapho-capitale symptomatique droite au décours d'une cure chirurgicale de pseudarthrose du scaphoïde le 12 août 2004 (ablation du matériel d'ostéosynthèse le 3 février 2005 ; accident du 4 décembre 2003), d'arthrose trapézo-métacarpienne et scapho-trapézo-trapézoïdienne droite, de rhizarthrose gauche, de possible conflit entre la styloïde ulnaire et le triquetrum à droite, de possible syndrome du tunnel carpien droit et de possible neuropathie irritative ulnaire au coude gauche. L'expert a expliqué qu'il ne retenait pas de divergences entre les diagnostics des médecins de l'intimée et les siens. Il a en revanche relevé des divergences entre certaines conclusions du Dr BF._____ et les siennes. Ainsi, l'examen

clinique effectué par l'expert ne retrouvait pas les diagnostics d'instabilité scapho-lunaire et luno-triquétrale droite mis en évidence par son confrère. De plus, l'arthrose trapézo-métacarpienne et scapho-trapézo-trapézoïdienne, que le Dr BF. _____ estimait être en lien avec l'accident du 4 décembre 2003, étaient très probablement liées à un phénomène dégénératif commun indépendant de cet événement. En comparant les IRM du 16 août 2005 et du 14 août 2023, le Dr BG. _____ n'a du reste pas constaté de progression claire de l'arthrose. L'atteinte était stable. Seule l'arthrose radio-scaphoïdienne actuelle était, selon l'expert, liée à l'accident du 4 décembre 2003 avec un degré de vraisemblance très probable. Elle a peu évolué au fil des ans. En effet, en comparant les radiographies du poignet du 29 avril 2005 et celles du 4 décembre 2020, il a observé que l'ostéophyte radial du scaphoïde était devenu discrètement plus volumineux mais que d'autres signes de progression arthrosiques étaient absents (le pincement articulaire était demeuré stable, la styloïde radiale n'était pas devenue plus effilée, les autres interlignes articulaires étaient restés similaires).

dd) Le Dr BG. _____ a relevé que les plaintes formulées par l'assuré ne correspondaient ni à l'évolution habituelle d'une cure de pseudarthrose du scaphoïde ni aux éléments objectifs retrouvés à l'examen clinique. Si les différents examens radiologiques montraient de légers signes dégénératifs du poignet, certains liés à l'accident du 4 décembre 2003 et d'autres pas, cela ne suffisait toutefois pas à expliquer l'impotence fonctionnelle majeure rapportée. Même sans prendre en compte la notion d'exclusion du membre supérieur droit, la présence d'une arthrose radio-carpienne et médio-carpienne n'était pas compatible avec l'activité de manœuvre. En considérant une exclusion du membre supérieur droit, une activité adaptée nécessite donc l'usage exclusif du membre supérieur gauche qui est non-dominant. Ainsi, dans une activité mono-manuelle gauche, l'expert n'a pas retenu de limitation fonctionnelle, d'horaire ou de rendement pour ce qui concernait la problématique du membre supérieur droit. Dans une telle activité, il n'y avait donc pas d'invalidité médico-théorique liée à l'accident du 4 décembre 2003. De même, il a écarté une éventuelle diminution future de la capacité de travail.

ee) Les conclusions du Dr BG._____, rejoignent l'appréciation du Dr BD._____, médecin d'arrondissement auprès de l'intimée, selon laquelle qu'il n'y avait pas d'aggravation de la situation médicale du recourant depuis l'évaluation de 2010, si bien qu'il avait confirmé l'existence d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites, consistant à éviter des mouvements contraignants pour le poignet droit (rapports des 7 octobre 2020 et 13 octobre 2023). Pour le reste, la capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée telle que retenue par l'office AI ne saurait être déterminante puisqu'elle prend en considération une pathologie respiratoire étrangère à l'accident du 4 décembre 2003. Quant au Dr BF._____, il ne s'est pas exprimé à propos de la capacité de travail dans son rapport du 23 janvier 2023, tandis qu'il a par la suite indiqué qu'il n'était pas en mesure de se prononcer sur l'invalidité médico-théorique arrêtée dans le rapport d'expertise, dès lors que le Dr BG._____ n'avait procédé à aucune comparaison des revenus pour calculer le taux d'invalidité conformément à la loi (rapport du 10 octobre 2025, p. 12).

gg) Le recourant émet encore diverses critiques tenant aux compétences professionnelles de l'expert BG._____, à la manière dont il s'est employé à évaluer la capacité de travail, ainsi qu'à la durée de son examen clinique. En premier lieu, il convient de relever que, dans un courrier du 14 juin 2024, le recourant lui-même avait avancé le nom du Dr BG._____, de sorte que la remise en question *a posteriori* par l'assuré des compétences de ce médecin s'avère pour le moins inappropriée. Il n'y a ensuite rien de surprenant à ce que le recourant « peine à déterminer concrètement l'impact des suites de l'accident sur les capacités professionnelles et sur l'invalidité économique qui en résulte, sur la seule base de ce rapport » (cf. déterminations du 14 novembre 2025, p. 2) si l'on sait que le Dr BG._____ n'a précisément pas retenu d'invalidité médico-théorique liée à l'accident du 4 décembre 2003. Enfin, l'expertise ayant duré deux heures et quinze minutes, il est inexact de prétendre que le Dr BG._____ a fondé « son appréciation uniquement sur la base de constats médicaux émis 6 ou 7 années plus tôt » (*ibidem*). Dans ce contexte, on

précisera encore que la durée de l'examen clinique par le Dr BG._____ - qui a reçu le recourant pendant plus de deux heures - ne permet aucunement de remettre en cause la valeur probante de ses constatations (TF 8C_198/2024 du 7 novembre 2024 consid. 6.7 et la référence citée), étant encore relevé que le rôle d'un expert consiste notamment à se faire une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref (TF I 1084/06 du 26 novembre 2007 consid. 4).

d) Au final, les conclusions de l'expert judiciaire conduisent à retenir l'absence d'aggravation notable de l'état du poignet droit depuis la décision sur opposition de la CNA du 5 mai 2010, en ce sens que l'arthrose du poignet n'a que très peu progressé durant plusieurs années et qu'il faut donc admettre que le *statu quo* est atteint (cf. rapport du Dr BG._____ du 5 février 2025, p. 29). C'est donc à juste titre que la CNA a considéré que, en l'absence de perte de gain significative, le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents devait être nié.

6. Le recourant reproche en dernier lieu à l'intimée une estimation incorrecte de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à laquelle il a droit.

a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité.

Conformément à l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2.2).

b) Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez toutes les personnes présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour la personne concernée (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1). L'évaluation de l'atteinte à l'intégrité incombe avant tout aux médecins, qui doivent d'une part constater objectivement les limitations, et d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (TF 8C_566/2017 précité consid. 5.1 et la référence).

c) L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème – reconnu conforme à la loi – ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 209 consid. 4a/bb ; 124 V 29 consid. 1b ; TF 8C_238/2020 du 7 octobre 2020 consid. 3). Il représente une « règle générale » (ch. 1, première phrase, de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1, deuxième phrase, de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C_656/2022 du 5 juin 2023 consid. 3.3 ; TF 8C_198/2020 du 28 septembre 2020 consid. 3.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

d) En l'espèce, le recourant s'est vu reconnaître par l'intimée le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 %. Dans son rapport du 13 octobre 2023, le Dr BD._____ a retenu le diagnostic de SNAC [scaphoid nonunion advanced collapse, réd.] de stade II. Ce diagnostic était lié à la présence d'une pseudarthrose du scaphoïde que l'assuré n'avait plus. La pseudarthrose avait été résolue par la chirurgie du 12 août 2004. L'arthrose actuelle était liée à l'événement du 4 décembre 2003 mais ne pouvait pas être nommée SNAC. Il s'agissait d'une simple arthrose post-traumatique, sans lien avec une pseudarthrose. Le médecin d'arrondissement a ainsi évalué à 20 % l'atteinte à l'intégrité, à savoir 15 % pour l'accentuation de l'arthrose radio-carpienne et 5 % pour l'apparition d'une arthrose intracarpienne focale capito-scaphoïdienne.

e) Le Dr BF._____ a retenu un taux d'atteinte à l'intégrité de 40 %, c'est-à-dire 20 % pour l'arthrose radio-carpienne, 15 % pour l'arthrose intracarpienne et 5 % pour l'instabilité scapho-lunaire et luno-triquétrale. Si, pour le Dr BG._____, certains des diagnostics retenus par le médecin prénommé étaient certains (pseudarthrose du scaphoïde droit ; cure de pseudarthrose du scaphoïde droit le 12 août 2004 ; ablation du matériel d'ostéosynthèse du scaphoïde droit le 3 février 2005), d'autres lui semblaient inexacts. Ni son examen clinique ni la lecture des différentes investigations radiologiques ne lui avaient en effet permis de poser les diagnostics d'instabilité scapho-lunaire et luno-triquétrale droite. Une arthrose radio-carpienne droite était certes présente, mais peu, voire pas évolutive radiologiquement au fil des ans. L'arthrose scapho-trapézo-trapézoïdienne et trapézo-métacarpienne (rhizarthrose) droites étaient très discrètes radiologiquement. Le conflit stylo-triquétral était un diagnostic essentiellement clinique et non radiologique.

Selon le Dr BF._____, les différents sites arthrosiques étaient liés à l'événement du 4 décembre 2003. Se fondant sur la littérature médicale, le Dr BG._____ a certes admis qu'une pseudarthrose du scaphoïde pouvait entraîner l'apparition d'une arthrose du poignet dont la progression radiologique était bien connue. La localisation de cette arthrose

était typiquement entre le radius et le scaphoïde, comme chez le recourant, puis pouvait s'étendre à l'interligne entre le scaphoïde et le capitatum (comme chez l'assuré) puis entre le capitatum et le lunatum, ce qui n'était pas le cas chez l'intéressé. Cependant, l'arthrose scapho-trapézo-trapézoïdienne et trapézo-métacarpienne n'étaient pas typiques dans le cadre d'une ancienne pseudarthrose du scaphoïde, si bien que l'expert n'a pas retenu ces diagnostics comme pouvant être en lien de causalité avec l'événement du 4 décembre 2003. Il s'agissait, selon lui, de phénomènes dégénératifs communs indépendants de l'accident.

Le Dr BG._____ a encore souligné qu'une arthrose du poignet pouvait se développer à la suite d'un accident en cas de pseudarthrose du scaphoïde non traitée ou prise en charge tardivement. Il s'agissait d'un processus survenant sur plusieurs années lorsque la pseudarthrose persiste. Le traitement de l'assuré avait été effectué peu de temps après la pose du diagnostic et avait permis d'obtenir la consolidation du scaphoïde. D'après l'expert, l'arthrose radio-scaphoïdienne actuelle était liée à l'accident du 4 décembre 2003 avec un degré de vraisemblance très probable. Elle avait par ailleurs peu évolué au fil des ans. En comparant les radiographies du poignet du 29 avril 2005 et celles du 4 décembre 2020, l'expert a constaté que l'ostéophyte radial du scaphoïde était devenu discrètement plus volumineux, mais que d'autres signes de progression arthrosique étaient absents (le pincement articulaire était demeuré stable, la styloïde radiale n'était pas devenue plus effilée, les autres interlignes articulaires étaient restés similaires).

Selon la table 5 de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses), le Dr BG._____ a, tout au plus, retenu un taux de 20 % en cumulant les taux de deux atteintes distinctes à savoir, d'une part, une arthrose radio-carpienne moyenne, en l'occurrence radio-scaphoïdienne, à hauteur de 10 % et, d'autre part, une arthrose intracarpienne moyenne, en l'occurrence scapho-capitale, de 10 %. Il a en revanche écarté l'arthrose scapho-trapézo-trapézoïdienne, dès lors qu'elle n'était pas liée à l'accident du 4 décembre 2003.

f) Le rapport du 10 octobre 2025 établi par le Dr BF._____ ne permet pas de voir les choses autrement. Retenir un taux de 20 % pour une arthrose radio-carpienne et de 15 % pour une arthrose intracarpienne droite chez un droitier prédominant reviendrait à admettre, selon la table 5 précitée, une forme grave que le Dr BG._____ a écartée en estimant qu'aucune arthrose ne pouvait être qualifiée de grave. Par ailleurs, le Dr BF._____ soutient que « l'évaluation du taux d'IPAI, à l'aune de la vraisemblance prépondérante, dans l'avenir en fonction de l'aggravation possible des lésions n'apparaît pas dans le rapport du Dr BD._____ ». Même si ce reproche s'adresse au médecin-conseil de la CNA, il n'en demeure pas moins que celui-ci a retenu un taux d'atteinte à l'intégrité identique à celui de l'expert BG._____. Or ce dernier a expressément indiqué qu'un *statu quo* avait été atteint. Ainsi, aucun avis médical au dossier ne permet de constater que l'atteinte évoluera vers une arthrose grave. Il s'agit, à ce stade, d'un risque dont il n'est pas encore possible de tenir pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'il se réalisera. Finalement, le Dr BG._____ a relevé ne pas avoir retrouvé d'instabilité scapho-lunaire et luno-triquétrale, ni à l'examen clinique ni sur les clichés radiologiques. Il convient dès lors d'admettre que le rapport du Dr BF._____ du 10 octobre 2025 ne constitue qu'une interprétation divergente de la situation du recourant, sans que ce médecin ne fasse pour autant état d'éléments cliniques ou radiologiques qui auraient été ignorés par le Dr BG._____.

g) Sur le vu de ce qui précède, il convient de retenir que le recourant peut prétendre à une indemnité pour atteinte à l'intégrité fondée sur un taux de 20 %.

7. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée.

8. Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 6 février 2024 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Olivier Carré, avocat (pour C. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :